

LES LIPOMES DU COLON

(à propos de trois observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 30 NOVEMBRE 1973

PAR

Jean-Pierre TASSEEL

Président du Jury : Mr le Professeur STOPPA
Juges : Mr le Professeur SMADJA
: Mr le Professeur PIETRI
: Mr le Professeur BAILLET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545910_0016

LES LIPOMES DU COLON

(à propos de trois observations)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 30 NOVEMBRE 1973

PAR

Jean-Pierre TASSEEL

Président du Jury : Mr le Professeur STOPPA
Juges : Mr le Professeur SMADJA
: Mr le Professeur PIETRI
: Mr le Professeur BAILLET

A MES PARENTS,

A MES BEAUX PARENTS,

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A MA FAMILLE,

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur STOPPA

Professeur titulaire de la Chaire de Clinique Chirurgicale

Chirurgien des Hôpitaux

Chef de Service

Croix de Guerre 39-45

Vous nous avez fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Nous vous remercions de l'aide que vous
nous avez apporté dans notre travail.

Puisse cet ouvrage être le témoignage de notre
profond respect ainsi que l'expression de nos vifs re-
merciements.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur SMADJA
Professeur titulaire d'Anatomie Pathologique,
Biologiste des Hôpitaux
Chef de Service

Nous vous remercions de l'honneur que vous
nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous en remercions vivement et vous
prions de croire en notre gratitude.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur PIETRI

Maître de Conférence Agrégé de Chirurgie Générale

Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir
juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de nos
sentiments reconnaissants.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Professeur BAILLET

Maître de conférence

Agrégé de Médecine Expérimentale et Comparée

Nous vous remercions de l'intérêt que
vous avez porté à notre travail.

Nous vous sommes très reconnaissants
d'avoir accepté d'être membre du jury de cette
thèse.

P L A N

INTRODUCTION

OBSERVATIONS

HISTORIQUE

ETIO PATHOGENIE

ETUDE CLINIQUE

ETUDE RADIOLOGIQUE

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

FORMES CLINIQUES

TRAITEMENT

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

Les lipomes du côlon sont des tumeurs toujours bénignes et relativement rares.

A propos de 3 observations, recueillies dans le service de clinique Chirurgicale d'Amiens (Professeur R. STOPPA), nous vous proposons de passer en revue : les caractères anatomiques, cliniques et radiologiques de ces tumeurs, les circonstances de leur diagnostic, enfin les principales indications du traitement.

OBSERVATIONS

Voice tout d'abord nos observations personnelles résumées.

OBSERVATION N° 1

Lorsque Madame TON...Nelly, âgée de 60 ans, consulte le 18-4-1972, elle souffre depuis quatre mois environ, de troubles du transit à type de constipation, entrecoupés de périodes diarrhéiques accompagnées de douleurs abdominales sourdes et diffuses, sans irradiation ni topographie précises.

En décembre 1971, la malade présente une première crise douloureuse à type de colique, sans localisation précise mais à prédominance para-ombilicale gauche ; accompagnée de quelques nausées, mais sans vomissement ni arrêt de matières et des gaz. Cette crise est rapidement et spontanément régressive en quelques jours.

En mars 1972 se déclenche une nouvelle poussée douloureuse : douleurs abdominales sourdes, sans caractère particulier, sans nausées ni vomissements. Au décours de cette crise, on note par deux fois, la survenue d'une émission minime de sang rouge dans les selles. L'état général est parfaitement conservé.

L'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

Le lavement baryté, effectué le 13 avril 1973 montre au niveau du cædon transverse, juste en amont de l'angle colique gauche,

l'existence d'une image tumorale. C'est une image lacunaire mesurant 3 centimètres de large et 10 centimètres de long. Elle est ovalaire, non lobulée, et semble avoir un pédicule qui s'insère sur le bord supérieur du colon. Cette image parfaitement circonscrite, fait saillie dans la lumière colique. Ses contours paraissent lisses et réguliers, sauf sur un film où l'on note une image en "colotte de golf".

L'examen radiologique, s'il confirme l'existence de la tumeur, ne permet pas de conclure à la bénignité ou à la malignité de la tumeur.

Le bilan biologique pré-opératoire ne révèle aucune anomalie particulière :

numération sanguine : G. R.	4 000 000
Hb.	80 : 12 g/litre
valeur globulaire : 1	
G. B.	8 100
Glycémie	: 1,22 g/l
Urée	: 0,20 g/l
Protides	: 63 g/l
Ionogramme : chlore	: 101 mEq/l
potassium	: 3,6 mEq/l
sodium	: 139 mEq/l
Taux de prothrombine	: 100 %

On décide alors d'intervenir, le 26 avril.

Incision médiane à cheval sur l'ombilic.

La palpation montre une invagination courte colo-colique transverse, entraînée par une masse bien limitée évoquant une tumeur bénigne du colon, irréductible par des manoeuvres douces.

Une résection du transverse et de l'épiploon, suivie du rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale, transverso-descendante est la seule intervention possible devant cette invagination fixée.

Il n'existe pas d'autres lésions de la cavité abdominale.

Ouverture et examen macroscopique de la pièce opératoire : il s'agit à l'évidence d'une tumeur bénigne pédiculée, implantée sur le bord libre du colon transverse, longue de sept à huit centimètres, large de deux à trois centimètres, cylindrique, implantée par une base qui mesure deux centimètres de diamètre.

Cette tumeur porte à son sommet, sur la face antérieure, des ulcérations très vraisemblablement à l'origine du saignement révélateur. L'incision de la tumeur montre un tissu gris jaunâtre, de nature grasseuse, qui confirme le diagnostic de lipome.

Histologie (Pr SMADJA) : Prolifération tumorale bénigne composée de plages de cellules adipeuses sans mitose anormale ni atypie structurale. Il s'agit d'une tumeur bénigne du colon (lipome).

En résumé :

Lipome sous-muqueux du colon transverse révélé par des crises douloureuses et des selles sanglantes chez une femme de 60 ans sans antécédents pathologiques particuliers.

Radiologiquement : image de tumeur du colon transverse dont il n'est pas possible d'affirmer la bénignité.

A l'intervention, invagination colo-colique courte fixée. Résection colique, suivie de rétablissement de la continuité dans le même temps opératoire. Macroscopiquement et histologiquement le lipome colique est évident.

OBSERVATION N° 2

Lorsque Madame Julia BRO... âgée de 79 ans entre dans le service le 28-3-1973, elle présente depuis 2 ans environ des crises de ballonnement abdominal, associées à quelques douleurs intestinales vagues et à une irrégularité des selles.

Il n'y a pas d'émission de sang dans les selles, et l'état général reste bon.

On note dans les antécédents, une cholécystite ancienne. Une cholécystographie orale en mai 1969, puis une cholangiographie, permettent de visualiser l'existence au niveau de la vésicule d'une multitude de calculs clairs, et l'intégrité de la voie principale biliaire.

Mais devant cette nouvelle symptomatologie d'appel, (troubles du transit et douleurs abdominales) un premier lavement baryté est effectué le 15 janvier 1970. Il montre l'absence d'image organique au niveau du cadre colique, et des premiers segments du grêle opacifiés.

En janvier 1973, la symptomatologie s'aggrave, et l'on note l'apparition de douleurs épigastriques en barre, et de phénomènes sub-occlusifs rapidement et spontanément régressifs.

L'examen clinique est entièrement négatif.

Le 15 mars 1973, un nouveau lavement baryté est réalisé et permet de préciser l'existence d'une image tumorale arrondie au niveau du colon transverse gauche. Il s'agit d'une tumeur implantée sur le bord inférieur du colon transverse, mesurant environ 3 centi-

mètres de long sur deux centimètres de large. C'est une tumeur ovaire, bien régulière et entourée d'un fin liseré opaque, qui saille dans la lumière colique. Au voisinage de la tumeur, la paroi colique est souple, les haustrations ne sont pas modifiées, et il n'existe en amont, ni en aval de la tumeur, aucune modification de la paroi colique.

Devant la persistance des troubles du transit on décide d'intervenir avec le diagnostic vraisemblable de tumeur bénigne colique ; et, l'on envisage dans le même temps, en raison du bon état général de la malade, une cholécystectomie et une résection limitée de la tumeur colique. Le bilan cardio-vasculaire est normal, pour l'âge.

Les résultats biologiques pré-opératoires sont les suivants :

N. F.	G. R.	4900000	
	Hb	96	= 14,5 g/l
	Hématocrites		= 42 %
	VG		= 0,97
	G. B.	11300	
Urée		: 0,22	
Protides		: 72 g/l	
Ionogramme : chlore		= 100 mEq/l	
	potassium	= 3,5 mEq/l	
	sodium	= 140 mEq/l	
Calcémie	: 87 mg/l		T. G. O. = 44 u
Glycémie	: 1,51 g/l		T. G. P. = 48 u
tests hépatiques : Mac Lagan		= 3 u	
	Kunkel	= 7 u	
	Gros	= 3,1 ml	
Taux de prothrombine		= 100 %	
Bilirubine totale	= 7 mg/l	indirecte = 4 mg/l	
amylasémie	= 32 u	amylasurie = 32 u	
phosphatases alcalines	= 4,2 u	Bodansky.	

L'intervention a lieu le 29 mars 1973.

Incision médiane sus-ombilicale ; la lésion colique est repérée, c'est un lipome apparemment, et il y a bien une lithiase vésiculaire, aucune autre lésion n'est décelée dans la cavité abdominale.

Une cholécystectomie simple sans drainage de la voie biliaire principale est réalisée après qu'une radiomanométrie per-opératoire ait confirmé l'intégrité de la voie biliaire principale.

Le temps séptique est ensuite exécuté : la tumeur colique est réséquée avec son pied et sa collerette muqueuse par une courte colotomie transversale qui la montre implantée près du bord méso-colique de la face inférieure du colon transverse.

De consistance molle, la tumeur, de la taille d'une cerise est excisée. A la coupe, elle laisse apparaître un tissu jaune graisseux évoquant macroscopiquement un lipome du colon.

L'examen histologique confirme le diagnostic de lipome, sans aucun signe histologique de malignité.

Les suites de cette intervention sont bonnes, tant sur le plan local que général, il faut seulement signaler une reprise un peu tardive du transit, au 5ème jour.

En résumé :

Lipome sous muqueux sessile du colon transverse révélé par des crises douloureuses abdominales sub-occlusives, sans émission sanglante dans les selles chez une femme de 79 ans, présentant par

ailleurs une cholécystite lithiasique.

Radiologiquement : tumeur du transverse dont il n'est pas possible d'affirmer avec certitude la bénignité, bien que la radiologie le laisse supposer.

A l'intervention, excision de la tumeur par une courte colotomie transversale et cholécystectomie simple dans le même temps opératoire. Macroscopiquement et histologiquement le lipome colique est évident.

Suites opératoires bonnes, avec toutefois une reprise du transit un peu tardive, au cinquième jour.

OBSERVATION N° 3

Lorsque Monsieur BOU... Robert, âgé de 63 ans, entre dans le service le 30 juillet 1973, il présente depuis novembre 1970 des douleurs abdominales mal définies, de siège para-ombilical droit sans irradiation; à type de coliques.

L'état général reste assez bon, il n'y a pas d'amaigrissement massif ni d'anorexie, ni d'asthénie.

Les crises colitiques survenant par épisodes de 24 à 48 heures, sont spontanément réversibles, et parfois suivies d'une débacle diarrhéique.

Loin de s'espacer, ces crises douloureuses abdominales surviennent de plus en plus fréquemment et prennent un caractère sub-occlusif.

En juillet 1973, brutalement, au décours d'un épisode sub-occlusif survient un important méleane qui entraîne rapidement un état d'anémie vraisemblablement à l'origine de l'installation de signes d'insuffisance cardiaque. Il n'existe ni douleurs à la défécation, ni fausses envies.

Le malade est alors hospitalisé à l'hôpital d'Hirson, où son état nécessite une réanimation effectuée par transfusion sanguine.

Le lavement baryté montre alors une image de rétrécissement irrégulier "en virole", à l'union de 1/3 droit et du 1/3 moyen du colon transverse. Les bords coliques paraissent comme grignotés les haustrations coliques ont disparu : signes radiologiques très suspects d'un processus tumoral malin.

Immédiatement en amont de la zone sténosée, existe une image lacunaire arrondie, bien limitée, de petite taille, apparaissant totalement indépendante du processus malin, bien que presque accolée à lui.

Le malade est alors transféré de l'hôpital d'Hirson dans le service de Clinique Chirurgicale le 30-7-1973.

A l'entrée l'état général du malade est assez bien conservé. L'examen physique ne révèle rien de particulier, aucune tumeur n'est palpée, il n'y a pas de foie métastatique cliniquement.

L'auscultation cardiaque et pulmonaire est normale, la tension artérielle est à 14/8.

Le bilan biologique pré-opératoire donne les résultats suivants :

NF.	G. R.	:	3 700 000
	Ht	32%	Hb 60%
	G. B.	7 900	Neutro 70%
			Baso 0
			Eosino 1
			Lympho 18%
			Mono 11%

T. P.	100%
Urée	0, 29g/l
Glycémie	0, 99g/l
Ionogramme	Na : 140 mEq/l
	Cl : 100
	K : 3, 8

L'intervention chirurgicale a lieu le 6-8-1973.

Incision médiane : il n'y a pas de métastase hépatique, pas de carcinose péritonéale, mais la tumeur est volumineuse et le deuxième duodénum est envahi. On exécute une hémicolectomie droite en commençant par la ligature première des vaisseaux et décollement colo-pariétal. C'est à ce moment qu'on réalise qu'il y a fistulisation du transverse dans le deuxième duodénum ; cela oblige à réséquer une large collerette duodénale aux dépens de la face antérieure et externe du deuxième duodénum, juste en regard de la papille de Vater.

La section proximale a porté à 40 centimètres en amont de la valvule iléo-caecale sur l'iléon ; la section distale à 15 cm en aval des limites macroscopiques de la tumeur. Anastomose termino-terminale iléo-transverse. Suture transversale de la brèche duodénale, ovulaire, mesurant 35 cm de haut sur 25 cm de large. Fermeture de la brèche mésentérique.

L'examen macroscopique de la pièce de résection montre une virole néoplasique complète mesurant 4 à 5 cm de hauteur avec fistulisation postérieure dans la lumière duodénale à travers l'envahissement de la paroi duodénale antérieure. Immédiatement implanté au bord méso-colique du colon transverse il existe, à un centimètre en amont de la limite proximale de la tumeur maligne, un petit lipome

sous-muqueux de la taille d'un noyau de cerise à pédicule court, très nettement visible.

Le résultat de l'examen histologique effectué par le Professeur SMADJA est le suivant :

Les prélèvements examinés sont en effet complètement envahis par une prolifération de cellules néoplasiques à cytoplasme basophile, à noyaux volumineux, irréguliers, avec de nombreuses mitoses. Ces cellules sont disposées en formations glandulaires. Il s'agit d'un adéno-carcinome muqueux. Les prélèvements de la collerette duodénale montrent également un envahissement total. On note un petit lipome situé sous la musculaire muqueuse.

Les suites opératoires, d'abord banales ont été marquées au 6ème jour, par un accident septicémique. Le 7ème jour apparaissent les signes précurseurs d'une éviscération aigüe qui nécessite le sanglage. Le 10ème jour un écoulement de liquide duodénal apparaît au pansement qui oblige à associer une irrigation à la Trémolière. Une réanimation difficile ne parvient pas à rétablir la situation et le décès survient le 14 septembre 1973, soit 6 semaines après l'opération, sans relation directe avec le lipome colique.

Cette observation met en évidence l'association entre une tumeur maligne d'une part, un adéno-carcinome et d'autre part, une tumeur bénigne : un lipome.

HISTORIQUE

Le lipome du colon est connu depuis longtemps puisque la première observation connue en a été faite par BAUER de Lausanne en 1757, et publiée dans "Epistola de molis intestinalium".

En 1863, VIRCHOW, dans son "Traité d'Anatomo-Pathologie", en rapporte de nouvelles observations.

SANGALLI en 1860, MECKEL en 1878, apportent leur contribution à la connaissance de ces tumeurs.

Le premier travail d'ensemble est la thèse de CLOS (Paris 1883) qui étudie les six cas connus en France à cette époque, et dont trois concernent des lipomes expulsés spontanément après nécrose de leur pédicule.

HILLER, en 1899, réunit 23 cas de lipomes digestifs, En 1909, STETTEN présente une étude très complète, portant sur 76 cas de lipomes digestifs dont 36 siègent au niveau du colon.

Les travaux de STETTEN sont repris en 1924, par P. et A. DEROCQUE, qui rassemblent 104 cas de lipomes gastro-intestinaux, dont 52 ont une localisation colique.

En 1931, COMFORT, réunit 28 cas nouveaux dont 5 chirurgicaux. Cet auteur signale, après P et A. DEROCQUE, en y insistant, la

la fréquence d'une complication propre à ce type de tumeur, l'invagination intestinale. Il est en outre l'un des premiers, avec ELIASON et WRIGHT, à pratiquer au cours d'autopsies des recherches systématiques de lipomes au niveau du tube digestif. Il découvrira ainsi, sur 3930 autopsies, 24 lipomes sous-muqueux dont 11 localisés au niveau du colon et du rectum.

En 1939, en Allemagne, ODSREIL publie trois curieuses observations d'expulsion spontanées de lipomes.

En 1951, MICHAUX étudie toutes les observations mondiales de lipomes coliques, et recueille ainsi 184 cas dont trois personnels.

En 1960, D'JAVID rapporte 276 cas publiés et opérés.

En 1963, DEBRAY dresse un tableau complet des principaux signes cliniques et radiologiques à propos de 70 observations.

PIRONNEAU; en 1964, dénombre 245 cas publiés et opérés ; et chaque année les auteurs rapportent quelques cas de lipomes du colon.

Citons parmi ces auteurs : KAPLAN, STOLL, ROUX, BERTRAND, GERMAIN, Cisse (thèse Paris 1971), MOREAU, PAYET, WARSAL, ABU DALU, et CASTRO qui, en 1971 rapporte 45 cas personnels de lipomes du colon observés pendant une période de 20 ans.

En 1972, nous avons pu dénombrer 381 cas de lipomes du colon publiés et opérés. Mais ce chiffre est plus que vraisemblablement encore en dessous de la réalité.

ETIO - PATHOGENIE

Dans ce chapitre, nous envisagerons les conditions de survenue des lipomes du colon : âge, sexe, et les facteurs favorisants.

1 - l'Age

Le lipome du colon peut se voir à tous les âges. Le cas le plus précoce a été découvert chez un nourrisson de 10 mois : le plus tardif à 87 ans (D. JAVID) (20).

Néanmoins, la tranche d'âge la plus atteinte se situe entre 60 et 70 ans (PEMBERTON (32)). Ce fait semble s'expliquer par la longue période d'évolution silencieuse du lipome qui doit atteindre un volume important avant d'entraîner des signes fonctionnels d'appel. Cette période regroupe près de 60 % des cas.

D'après les observations de B. CASTRO (4) en 1971, à propos de 45 cas, on relève :

TABLEAU N° 1

Age	Nombre de malades
40 - 49 ans	6
50 - 59 ans	9
60 - 69 ans	18
70 - 79 ans	11
plus de 80 ans	1
TOTAL	45

Voici le relevé du travail de Ch. DEBRAY (9) et collaborateurs, qui ont constaté sur 71 cas.

TABLEAU N° 2

Age	Nombre de malades
moins de 30 ans	2
de 30 à 50 ans	20
de 50 à 70 ans	42 (soit 59% des cas)
plus de 70 ans	7

Pour nos 3 observations personnelles, l'âge est de 60 ans pour la première, de 63 ans pour la deuxième et pour la dernière de 79 ans.

2 - Le Sexe

L'ensemble des observations et les diverses statistiques de la littérature mettent en évidence une nette prédominance féminine du lipome colique : environ deux femmes pour un homme. B. CASTRO (4) sur 45 observations en 1971, relève 27 cas de lipomes coliques chez la femme ; soit 60 % des cas.

Ch. DEBRAY (9) en 1963, avait trouvé un pourcentage plus significatif encore : 49 cas de lipomes coliques chez la femme sur un total de 72 observations ; soit 68 %. Il faut rappeler que D'JAVID (20) sur un total de 254 observations retrouve 159 cas de lipomes coliques chez la femme, soit 63 %.

Sur les trois cas rapportés en 1969 par P. BERTRAND (3) deux ont été observés chez des femmes ; pour notre part, 2 de nos 3 malades étaient des femmes.

3 - La Race

Nulle part dans la littérature, il n'est fait mention de la race ; à l'exception du cas rapporté par A. Cisse (5) dans sa thèse (Paris 1971) : lipome colique double du colon gauche chez un africain du Gabon.

Tableau récapitulatif de la série de CASTRO (4) 1971.

TABLEAU N° 3

Age	nombre de malades	hommes	femmes
40-49 ans	6	4	2
50-59 ans	9	3	6
60-69 ans	18	9	9
70-79 ans	11	2	9
+ de 80 ans	1	-	1
TOTAL	45	18	27
Pourcentage		40%	60%

TABLEAU N° 4

Tableau récapitulatif additionnant les statistiques de CASTRO (4) 1971, et Ch. DEBRAY (9) 1963 portant sur 116 observations.

Age	Nombre de malades
moins de 30 ans	2 soit 1,5 %
de 30 à 50 ans	26 soit 22 %
de 50 à 70 ans	69 soit 59 %
de 70 ans et plus	19 soit 16 %
TOTAL	116

Hommes 40 soit 35 %

Femmes 76 soit 65 %

4 - Les facteurs favorisants

Deux facteurs peuvent être étudiés : nous envisagerons le problème de l'hérédité, et les rapports éventuels entre le lipome colique et le diabète.

- Lipome et hérédité.

Dans tous les cas rapportés, jamais dans une même fratrie le lipome colique n'a été observé chez deux de ses membres. Il ne semble donc pas y avoir de prédisposition héréditaire. Tous les cas de lipomes du colon connus jusqu'à ce jour, sont des cas isolés.

- Lipome colique et diabète.

C'est FELDMAN (12bis) en 1961, qui le premier, a souligné que sur 83 lipomes du tractus digestif découverts à l'autopsie, 18% s'étaient développés chez des diabétiques.

Les modalités de la relation entre lipome du colon et diabète sont encore mal connues, mais le fait mérite d'être rapporté et souligné.

Chez ces malades, vraisemblablement soumis à une insulinothérapie au long cours, deux ordres de faits pourraient être déterminants.

. D'une part, l'action physiologique de l'insuline sur le métabolisme du glucose et des glucides, et d'autre part l'action directe de l'insuline sur le tissu adipeux. Ce tissu adipeux est sensible à certaines influences hormonales, en particulier : l'A. C. T. H., la cortisone, et l'insuline.

On sait que l'insuline accroît la captation du glucose par le tissu adipeux. Le glucose ainsi capté est pour une faible part, transformé en glycogène, et en grande partie catabolisé. Le catabolisme s'ar-

rèterait au stade d'acétate actif donnant naissance à de l'acétyl-Coenzyme A qui augmenterait de façon importante la lipogénèse.

. D'autre part, l'insuline favorise la lipogénèse et diminue la lipolyse. Le tissu adipeux verrait alors, en présence de glucose seul, doubler sa liposynthèse ; et en présence d'insuline et de glucose, décupler sa liposynthèse.

Ce mécanisme intervient-il de façon déterminante dans la génèse des lipomes coliques, chez les diabétiques soumis à une insulinothérapie au long cours ?

Nous ne pouvons répondre à cette question et nous n'avons pu trouver dans la littérature, aucune confirmation de cette hypothèse. D'autre part comment et pourquoi cette hyperlipogénèse se localiserait-elle au duodénum ? C'est là encore un problème dont nous ignorons la solution.

Pour FELDMAN (12bis) il faut remarquer encore que dans 20 % des cas, des lésions pancréatiques nécrotiques ou pseudo-kystiques, coexistent avec des lipomes coliques ; s'agit-il de coïncidences ou de lésions à mécanisme commun ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisagerons dans ce chapitre la fréquence du lipome colique par rapport aux autres tumeurs du tube digestif, les différentes localisations coliques du lipomes, et enfin l'étude macroscopique et microscopique.

Parmi les tumeurs bénignes du tube digestif, le lipome occupe par sa fréquence la deuxième place après l'adénome.

BONIE et SWAN donnent les chiffres suivants :

. Adénomes	19
. Lipomes	8
. Adénomyomes	5
. Fibromes	1
. Fibromyomes	1
. Angiome	1

En considérant, maintenant leur siège, on peut dire que le lipome colique est plus fréquent que celui de l'estomac, et aussi fréquent que celui du grêle. Sur 180 cas étudiés, COMFORT donne la proportion suivante :

gros intestin	92
grêle	65
estomac	22
non précisé	2

P. A. DEROCQUE ressentent 152 lipomes coliques contre 49 lipomes du grêle.

Pour sa part MICHAUX (29) dénombre 181 lipomes du colon tandis que, six ans plus tard, en 1956, RIVERS publiera 211 cas de lipomes du grêle.

La fréquence du lipome colique comparée à celle des tumeurs malignes est très faible.

Aux U. S. A. les cancers digestifs représentent 48 % de tous les cancers ; et parmi les cancers digestifs ceux du colon et du rectum 16 % des cas.

Mais l'association entre un cancer et un lipome colique est possible et ne semble pas aussi rare qu'on le pensait jusqu'à maintenant ; cet aspect sera envisagé plus en détail dans le chapitre des formes cliniques.

Le tableau ci-dessous, d'après les statistiques de MICHAUX (29) D'JAVID (20) et de DEBRAY (9) met en évidence les fréquences respectives des lipomes sur les différents segments coliques comparées à celles des adénomes et des cancers .

TABLEAU n° 5

	Caecum	colon ascendant angle D.	colon transverse	colon descendant angle G.	Sigmoïde
	%	%	%	%	%
Lipome D'JAVID-DEBRAY	30,5	18	17	13,5	14,5
Adénome DEBRAY	1		5	13	81
Néoplasme GRINELL	9	14,5	15,5	14	47

A la lecture de ce tableau, on note que la fréquence du lipome colique augmente à mesure que l'on s'éloigne du rectum ; au contraire, la fréquence d'implantation de l'adénome et du carcinome est d'autant plus grande que l'on s'éloigne du caecum.

	sigmoïde	caeo-ascendant
	%	%
Lipomes	14,5	48
Adénomes	81	1
Carcinome	47	20

Ainsi, en présence d'une tumeur apparemment bénigne du caeco-ascendant, c'est au lipome que l'on doit penser d'abord. Il y a en effet cinq fois plus de chances pour que ce soit un lipome qu'un adénome.

Ce tableau nous apprend que le caecum représente la localisation préférentielle du lipome colique. Mais tous les segments coliques peuvent être intéressés. (voir tableau page 28, N° VI).

Près de la moitié des lipomes coliques siègent donc au niveau du caecum et du colon ascendant. Retenons enfin la relative fréquence du lipome au niveau de la valcule iléo-caécale. En effet, cette localisation est retrouvée 5 fois sur 72 cas étudiés par Ch. DEBRAY, soit 7 % des cas ; et 3 fois sur 45 cas étudiés par El. B. CASTRO, soit 6 %.

Pour notre part, nos 3 observations concernaient des lipomes siégeant au niveau du colon transverse.

TABLEAU N° 6

Localisation du lipome sur les différents segments coliques,
en pourcentage

Localisation	MICHAUX sur 181 cas 1951	J'DAVID sur 278 cas 1958	DEBRAY 38 cas 1958-1962	El. CASTRO 45 cas 1971	TOTAL 361 cas
æcum	45 25%	85 31%	12 31,5%	9 20%	106 29%
olon ascendant	26 15%	47 17%	10 26%	6 11%	63 17%
olon transverse	33 18%	46 16%	7 18,5%	6 11%	59 16%
olon descendant	27 15%	39 14%	4 10,5%	2 4%	45 12,5%
igmoïde	22 12%	41 15%	5 13%	7 15%	53 14,5%
ectum	13 7%	16 5%		5 10%	21 5%
om précisé	15 8%	4 2%			19 5%
Multiple double æcum et colon scendant)				3 6%	3 0,8%
Multiple				4 8%	4 1 %
éo-Caecal				3 6%	3 0,8%

En conclusion, si les lipomes coliques représentent les tumeurs bénignes les plus fréquentes après les adénomes, il restent néanmoins rares et le plus souvent encore une découverte d'autopsie. Ceci^{s'}explique facilement car il s'agit de tumeurs de petite taille, souvent asymptomatiques et donc impossibles à diagnostiquer du vivant du malade (c'est ainsi que dans la statistique chirurgicale à la MAYO CLINIC, 32% des lipomes furent des découvertes fortuites à l'occasion d'une intervention pour toute autre affection.

Enfin, LONG (27), DOCKERTY et WAUGH ont dénombré, à la MAYO CLINIC, de 1890 à 1945, 33 lipomes du colon pour 125 000 laparotomies soit 0,025%.

ETUDE MACROSCOPIQUE

Les lipomes sont de taille très variable (du volume d'un oeuf à celle d'une tête d'enfant). REGISTER a publié le cas d'un lipome sous-séreux pesant 2kg3, survenu chez un enfant de 2 ans. Leur taille est en général, supérieure à celle de l'adénome.

Leur coloration jaunâtre fait immédiatement présumer de leur nature grasseuse, et permet de les distinguer des autres tumeurs coliques, dans la plupart des cas.

De consistance molle, les lipomes du colon se déforment facilement et échappent, ainsi le plus souvent à la palpation, même lorsqu'ils ont une taille respectable. Les lipomes sous-muqueux sont des tumeurs sessiles et surtout pédiculées. Le pédicule est large ; caractère qui oppose le lipome à l'adénome. EL CASTRO (4) 1971, sur 45 cas étudiés rapporte 31 lipomes pédiculés soit 68,8% et 10 sessiles soit 22,2%.

Leur base d'implantation large confère à ces tumeurs une certaine mobilité, dite en "battant de cloche".

Leur forme est arrondie ou ovale ; leur surface est lisse, lobulée ou polylobulée.

Souvent bien encapsulés, leur clivage est facile.

Ulcération et nécrose peuvent intervenir dans l'évolution des lipomes, allant même jusqu'au sphacèle : la tumeur peut ainsi être rejetée par les voies naturelles, ce qui est un mode de guérison. DEBRAY (9) en rapporte un cas ; MANHEIM et PASKIN ont rassemblé 20 cas de ces éliminations spontanées, qu'ils attribuent à la nécrose par torsion du pédicule ou à une invagination. CAPATINA, en 1972, en rapporte également un cas.

La muqueuse qui recouvre le lipome peut être normale, ou être le siège d'altérations secondaires à type :

- soit d'infiltration inflammatoire qui donne alors à la tumeur un aspect rougeâtre, tuméfié, hémorragique, comme infarci.
- soit d'ulcérations nécrotiques qui font suite le plus souvent à l'inflammation et qui siège en général au sommet de la tumeur.

Ces deux altérations (inflammation et ulcération du lipome lui-même) semblent être l'apanage des gros lipomes ; et sont à l'origine de la plupart des hémorragies qui compliquent cette affection.

On peut invoquer trois mécanismes pour expliquer la survenue des ulcérations et des nécroses :

- la torsion du pédicule qui entraîne une ischémie par interruption vasculaire, puis secondairement la nécrose.
- l'étirement des vaisseaux contenus dans le lipome.

- Enfin; la thrombose des vaisseaux de la muqueuse (LONG (27) et DOCKERTY).

Il est vraisemblable que ces trois mécanismes ne sont pas indépendants, mais interviennent ensemble et se complètent ; en effet, l'étirement ou la torsion favorisent de la même manière la thrombose.

A la coupe, le lipome est limité par une capsule conjonctive et fibreuse qui envoie des cloisonnements dans la tumeur. L'existence de cette capsule bien limitée représente un excellent plan de clivage pour l'énucléation chirurgicale du lipome non compliqué.

On distingue deux grands types de lipomes suivant leur implantations sous-muqueuse et sous séreuse au niveau du colon.

- Les lipomes sous-séreux sont les plus rares : 1 cas sur 10 d'après la plupart des auteurs (D'ALONZO, D'JAVID (20), LONG (27) et DOCKERTY). La proportion est encore plus faible pour Ch. DEBRAY (9) qui retrouve 4 cas de lipomes sous-séreux sur 72 cas, et pour El. B. CASTRO (4) qui note 1 cas de lipome sous-séreux sur 45 cas étudiés.

- Les lipomes sous-muqueux sont les plus fréquents. Le plus souvent, il se développent entre la muqueuse et la musculuse ; ils sont localisés entièrement au niveau de la sous-muqueuse, ou s'étendent à l'intérieur de la "muscularis mucosae" en la dissociant. Les vaisseaux de la muqueuse et ceux de la muscularis mucosae traversent le lipome.

Nos trois observations étaient des lipomes sous-muqueux, l'un sessile et les 2 autres pédiculés.

Structure histologique du lipome.

Le lipome est essentiellement constitué de tissu adipeux entouré d'une enveloppe conjonctive. Celle-ci envoie dans la profondeur de la tumeur des travées conjonctives qui s'insinuent entre les cellules grasses pour former des lobules adipeux.

C'est dans le tissu conjonctif que cheminent les vaisseaux nourriciers du lipome.

Les cellules adipeuses qui composent le tissu lipomateux sont volumineuses, sphériques ou polyédriques. Leur noyau est souvent excentré, repoussé à la périphérie par la graisse. Celle-ci se présente soit sous forme d'une goutte unique mais volumineuse, soit sous forme de fines gouttelettes.

Certains colorants, en particulier le noir soudan signent la nature grasseuse de ces cellules.

Le seul daignostic différentiel serait avec la lipomatose, beaucoup plus fréquente sur le grêle que sur le colon. Mais un caractère essentiel différencie ces deux affections : la lipomatose est une infiltration diffuse de la sous-muqueuse, "sans le moindre encapsulement" (EDWARD et ZANGARA).

Le diagnostic histologique est donc habituellement facile.

En règle générale, les lipomes coliques ne dégénèrent jamais, cependant CASTRO (4) aurait rapporté un cas de lipome avec dégénérescence, mais nous n'avons retrouvé aucune confirmation dans la littérature.

ETUDE CLINIQUE

Pour se manifester cliniquement, le lipome du colon doit atteindre une taille appréciable ; il est donc très longtemps silencieux et, dans la majeure partie des cas, il reste une découverte d'autopsie.

Par son volume, il peut entraîner des troubles du transit ou des phénomènes de compression (lipomes sous-séreux) ; parce qu'il peut s'ulcérer, il entraîne des hémorragies ; enfin, comme toute tumeur abdominale, il peut s'invaginer.

Nous étudierons successivement les principaux signes cliniques, les données radiologiques, les formes cliniques, le diagnostic différentiel et enfin la conduite thérapeutique.

Les signes fonctionnels.

La triade symptomatique retient; les troubles du transit, les douleurs, et les hémorragies.

a - Les troubles du transit :

Ils sont fréquents et le plus souvent anciens, mais ne présentent aucun caractère pathognomonique ; ils permettent toutefois d'attirer l'attention sur la sphère intestinale.

Les diarrhées sont glaireuses ou franchement dysentériques. Dans près de la moitié des cas, on observe une alternance de diarrhée et de constipation. La débacle diarrhéique, évocatrice de sténose intestinale accompagne les douleurs à type de coliques et marque souvent la fin de la poussée douloureuse.

b - Les douleurs

Elles sont de type, d'intensité et de localisation très variables.

Elles vont de la simple pesanteur, aux véritables coliques qui surviennent par crises paroxystiques se répétant périodiquement. Le plus souvent, elles sont capricieuses, sourdes, diffuses à tout l'abdomen ; sans irradiations précises.

La douleur est un signe fréquent, puisqu'elle est observée 58 fois chez les 72 cas étudiés par Ch. DEBRAY (9) et chez les trois cas publiés par BERTRAND (3) 1969. Nos trois malades présentaient aussi des douleurs abdominales sourdes sans aucun caractère typique bien qu'une invagination colo-colique ait été découverte dans l'observation n° 1.

Pour DEBRAY et ses collaborateurs, ces douleurs seraient liées à une colopathie spasmodique. Il faut probablement faire une place aux complications telles que l'invagination, la torsion, la nécrose dans l'explication de paroxysme douloureux.

c - Les hémorragies

Elles marquent une étape importante dans l'évolution de la maladie, et dans le diagnostic, car elles obligent à une investigation paraclinique radiologique, qui mettra en évidence une image tumorale. (c'est le cas d'une de nos malades).

Fréquentes, elles se caractèrisent par l'émission de sang rouge ou brunâtre dans les selles.

Minimes, isolées ou répétées, elle accompagnent le plus souvent la débacle diarrhéique.

Pour D'AVID (20) les hémorragies seraient présentes dans 48% des cas rapportés. Pour DEBRAY (9) un cas sur trois de lipome du colon entraînerait des hémorragies. Sur trois cas rapportés par BERTRAND (3), un cas s'est révélé par des hémorragies.

Ces rectorragies résultent soit d'une invagination, soit d'une ulcération du lipome, soit d'une inflammation de la sous-muqueuse.

Pour un certain nombre de cas, aucune étiologie à ces saignements n'est retrouvée.

L'endoscopie rectale peut être d'un grand secours en montrant sur la muqueuse sigmoïdienne, de petites taches sanglantes, rouge brunâtre, qui indiquent l'existence d'un saignement en amont.

Les signes généraux

Pour MICHAUX (29) et DEBRAY (9) l'altération de l'état général s'observerait dans 10 à 20 % des cas. Il s'agit essentiellement d'un amaigrissement, qui peut parfois être important (10 kgs pour une observation de MICHAUX (29).

Cet amaigrissement semble être ici la conséquence de la déshydratation entraînée par la diarrhée et les restrictions alimentaires que s'imposent le malade, en raison de ses douleurs et des troubles du transit.

Un de nos malades présentait une altération de l'état général dans l'observation n°3 , mais en rapport avec un cancer colique.

Les signes physiques

La tumeur, du fait de sa consistance molle est rarement palpable. L'examen physique est donc, dans de nombreux cas, décevant.

MICHAUX (29) aurait retrouvé une masse abdominale dans 33 % des cas ; D'JAVID (20) dans 30 % des cas ; DEBRAY (9) dans 17 % des cas, et BERTRAND (3) en 1969, à propos de trois observations en rapporte un cas.

De volume très variable, de consistance molle, mate à la percussion, cette masse, pour DEBRAY (9) et collaborateurs, correspondrait beaucoup plus souvent au boudin d'invagination qu'à la tumeur elle-même.

Enfin, les examens radiologiques étant effectués beaucoup plus facilement qu'auparavant ; on met ainsi en évidence des lipomes de petites dimensions, non retrouvés à l'examen physique.

Dans nos trois observations personnelles, la douleur était notée dans les 3 cas, les rectorragies dans un cas (obs. n°1), les troubles du transit dans les 3 cas et un méloena pour la 3ème observation.

L'altération de l'état général était notée dans 1 cas (obs. n°3) mais dans aucune de nos trois observations la tumeur n'était perçue à l'examen physique.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Le lavement baryté représente un temps essentiel dans l'étape diagnostique.

Il permet de mettre en évidence la tumeur, d'en préciser approximativement le siège, l'étendue, les caractéristiques morphologiques ; et de confirmer l'intégrité ou non du colon dans son ensemble.

1) Technique

Les auteurs américains et scandinaves préconisent de grandes purgations comme préparation au lavement baryté. Ch. DEBRAY (9) recommande un régime sans résidu et lavement préalable.

La baryté utilisée sera ni trop fluide, ni trop dense ; les clichés pris en série et sous incidences variées, avec compression dosée et insufflation.

MARGULIS (27bis) RIBERG et plus récemment STEVENS 1968 (38) montrent l'intérêt dans l'établissement d'un diagnostic pré-opératoire correct, de la technique du double contraste avec air ou eau. Cet examen indique souvent que la lésion contient de la graisse, du fait de la différence de coefficient d'absorption entre la graisse et l'eau, et sert à confirmer le diagnostic de lipome.

Certains paralysants de la musculature oblique peuvent être utilisés pour réduire les phénomènes spasmodiques et faciliter ainsi la progression de la baryte.

Enfin, le radio-cinéma a l'avantage de mieux préciser la mobilité du lipome qui remonte lors de la réplétion et se mobilise vers l'aval lors de l'évacuation.

2 - ASPECTS RADIOLOGIQUES

Ce sont ceux d'une tumeur bénigne : image lacunaire plus ou moins volumineuse, ronde ou ovalaire, bien régulière et limitée qui fait saillie dans la lumière colique.

L'angle de raccordement avec la paroi colique est aigu lorsque la tumeur est pédiculée, (c'est le cas le plus fréquent), et à angle droit lorsque la tumeur est sessile. Ce pédicule est en règle générale, court pour les lipomes, ce qui confère à la tumeur une certaine mobilité.

Parfois, il existe une niche centrale correspondant à une ulcération.

Au voisinage de la tumeur, la paroi colique est souple, les haustrations ne sont pas modifiées.

Ces caractères morphologiques ne sont pas particuliers aux lipomes ; existent-ils certains signes radiologiques plus spécifiques du lipome, qui peuvent faire soupçonner la nature histologique de la tumeur ?

- Hyperclarté du lipome.

Pour HENDERSON, le lipome est la plus claire de toutes les tumeurs. Cette hyperclarté serait due au fait que la graisse du lipome est moins dense donc plus transparente que les autres tissus. La radiotransparence du lipome le rend invisible sur les clichés sans préparation. Le lipome ayant à peu près la même densité que l'air, est également invisible sur les clichés en insufflation.

Par contre, sur un colon rempli d'eau, la graisse dessine sur les clichés une tache claire par rapport à l'eau. C'est la technique du double contraste qui permettrait de soupçonner la nature graisseuse de la tumeur, et d'orienter le diagnostic de lipome du colon.

La radioluminosité n'est cependant pas entièrement spécifique du lipome et peut se rencontrer pour d'autres tumeurs, telles qu'un adénome ou un polype.

- La mobilité et les modifications de forme du lipome colique.

En raison de sa consistance molle, l'image lacunaire du lipome peut se déformer sous l'effet du péristaltisme digestif ou des compressions. (c'est le "squeeze sign" des auteurs anglo-saxons). Sa forme est donc des plus variables ; d'arrondi, le lipome peut devenir ovalaire ou s'allonger (de type filiforme). Ce caractère radiologique serait pour certains pathognomonique des lipomes sous-muqueux.

Enfin, le siège colique du lipome peut varier dans le sens de la longueur du colon, sur des clichés différents ou à deux examens radiologiques rapprochés. Cette constatation plaide en faveur d'une tumeur mobile avec ou sans invagination. Cette mobilité du lipome explique que la tumeur peut être trouvée, lors de l'exploration chirurgicale, assez loin du siège signalé par le radiologue.

- Liseré opaque circulaire

Ce signe a été signalé la première fois par Ch. DEBRAY (9)
Le liseré opaque entoure soit totalement soit partiellement la masse tumorale. Son mode de formation reste inexpliqué ; il serait dû au contraste de densité existant entre la capsule conjonctive et le tissu lipomateux moins opaque.

- Le pédicule.

En règle générale, les adénomes ont un pédicule long et mince. Un pédicule large et court est en faveur d'un lipome (HENDERSON). Ce signe radiologique n'est cependant pas spécifique ni caractéristique du lipome.

- La taille du lipome.

Le plus souvent, le lipome est plus volumineux que l'adénome.

En présence d'une tumeur de grosse taille on a plus de chance d'être en présence d'un lipome. Là encore, ce signe n'est ni constant ni spécifique du lipome.

- La localisation de la tumeur sur le colon.

Les lipomes, nous le savons, sont plus fréquents au niveau de la partie droite du cadre colique ; les adénomes prédominant sur le colon gauche.

Conclusion

Les critères radiologiques essentiels qui plaident en faveur du lipome colique sont pour Ch. DEBRA Y (9) "Une tumeur d'aspect bénin siégeant sur la moitié droite du colon, de taille souvent importante, à pédicule large, à contours réguliers, se déformant avec les compressions, invisible en insufflation et entourée parfois d'un liseré opaque, a toutes les chances d'être un lipome du colon."

Néanmoins, le diagnostic pré-opératoire des lipomes du colon est rare ; il s'agit le plus souvent d'une simple suspicion ; et seule l'intervention permettra un diagnostic de certitude.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic différentiel consiste à éliminer les autres tumeurs bénignes du colon, puis le cancer.

- les autres tumeurs bénignes

Seules les données radiologiques permettent de cerner le problème. Rappelons que le lipome est classiquement la plus claire de toutes les tumeurs sur un cliché sans préparation. (toutefois sur un colon rempli de baryte, il n'y a pas de différence de densité entre le lipome et les autres tumeurs).

C'est une tumeur à contours lisses, mais ce dernier caractère est inconstant, et l'on sait que les adénomes peuvent aussi avoir des contours irréguliers.

Un mince liseré opaque circulaire autour de la tumeur est un bon signe en faveur du lipome.

Tous ces caractères permettent de penser plus facilement au lipome qu'à l'adénome.

Il est évidemment impossible de distinguer lipome ou adénome, des autres tumeurs bénignes, qu'il s'agisse de schwannomes ou de léiomyomes. Le dernier mot revient à l'étude histologique.

- Le cancer

Le cancer, comme le lipome du colon, provoque des troubles fonctionnels à type d'alternance de diarrhée et de constipation, des dou-

leurs abdominales souvent vagues, des vomissements, des rectorragies ou un meloena.

Il se marque surtout par une altération de l'état général beaucoup plus nette, anémie, anorexie, fatigue générale, amaigrissement plus important et plus rapide.

L'examen n'apporte que peu d'éléments au diagnostic différentiel : palper une masse abdominale ne permet nullement de dire s'il s'agit d'un cancer ou d'un lipome. C'est la radiographie qui permettra dans certains cas seulement de différencier cancer et lipome.

Si l'image tumorale d'un défilé étroit et irrégulier est assez caractéristique du cancer, une image de polype ne permet en rien d'affirmer ou d'infirmier la bénignité de la tumeur. Et de plus, s'il s'agit d'une image d'adénome on doit toujours craindre une dégénérescence au début.

Si l'on peut réunir suffisamment d'éléments radiologiques pour évoquer le diagnostic de lipome du colon, il n'y a jamais d'arguments assez péremptaires pour pouvoir l'affirmer.

FORMES CLINIQUES

Nous envisagerons successivement, les formes compliquées (en particulier d'invagination), les formes associées, et les formes selon la localisation sur le colon.

I - LES FORMES COMPLIQUEES

a) Le lipome invaginé.

C'est la complication majeure du lipome du colon. Elle représente très souvent la première manifestation de la maladie, puisqu'on la retrouve dans près de 35 % des cas. Cette complication peut, dans la pratique être élevée au rang de symptôme au même titre que les troubles du transit, les douleurs et les hémorragies qu'elle accompagne très souvent.

Cette fréquence est liée au fait que le lipome est une tumeur relativement volumineuse pour un pédicule assez court, entraînant ainsi facilement la paroi.

Le tableau clinique se caractérise alors soit par un syndrome sub-occlusif ayant souvent tendance à se résoudre spontanément, mais qui se répète dans le temps et qui évolue sur un mode chronique. L'examen physique peut parfois mettre en évidence un boudin d'invagination.

- soit par une occlusion aiguë, due à une invagination colo-colique le plus souvent irréductible,

- soit plus exceptionnellement, par une obstruction complète de la lumière intestinale par la tumeur.

L'examen radiologique ne doit pas alors se borner au seul la-

vement baryté, mais il faut compléter l'opacification par la voie orale. En effet, c'est environ 7 heures après l'ingestion orale de baryte, que l'on trouve les images les plus éloquentes d'invagination (FONTAINE, WARTER, WEIL et WAHL -14).

La dernière anse iléale apparaît alors dilatée, tendue, se dirigeant par un trajet oblique vers l'hypochondre droit, beaucoup plus haut que normalement. L'image lacunaire de la tumeur est parfois vue ; cette image régulière, arrondie, est cependant plus facile à voir au lavement baryté qui, réduisant l'invagination en montre la mobilité. La lacune tumorale peut remplacer la classique image en cocarde ou en pince de homard de l'invagination spontanée.

Cette technique mixte, valable seulement pour les lipomes du colon droit, consiste en l'opacification simultanée du colon par le bas, 7 heures après un repas opaque qui a rempli par le haut le segment d'amont ; elle permet dans le même temps de faire le diagnostic de l'invagination et celui de tumeur sous-jacente.

En cas d'occlusion aiguë, la radiologie ne mettra en évidence qu'un ou plusieurs niveaux liquides.

b) Elimination spontanée du lipome.

C'est l'expulsion spontanée par l'anus d'un lipome détaché du tube digestif.

Le plus souvent, les lipomes ainsi éliminés ont pour point de départ l'étage recto-sigmoïdien. C'est un authentique mais exceptionnel mode de guérison chez des malades dont le lipome a été jusque là silencieux.

Brusquement, apparaissent, de violentes douleurs abdominales paroxystiques, s'associant à un syndrome sub-occlusif. Ténésme et épreintes accompagnent alors une émission de sang rouge qui annoncent l'élimination du lipome par les voies naturelles. L'élimination de la tumeur serait due à la torsion puis à la nécrose du pédicule du lipome.

Cette éventualité reste rare pour DEBRAY (9) qui en rapporte une seule observation sur 61 cas étudiés ; par contre MICHAUX (29) en cite 19 sur les 161 cas de la série rapportée.

c - Les hémorragies

Elles sont fréquentes et souvent révélatrices des lipomes du colon. Pour D'JAVID (20) elles sont retrouvées dans 48 % des cas. Elles sont rarement importantes, et sont dues soit à l'ulcération de la tumeur, soit à son invagination.

II - LES FORMES ASSOCIEES

a - Les lipome du colon peuvent être associés, . à un fibrome, à un kyste de l'ovaire, ou à une cholécystite. (ce fut le cas d'une de nos malades (obs. n°2).

b - Lipome et cancer

Cette association semblait jusqu'ici être assez peu fréquente. En effet , DEBRAY (9) ne rapporte qu'un cas de cancer sur 72 observations, et MICHAUX et D'JAVID (20) n'en rapportent aucun cas.

Lipome et cancer provoquent les mêmes signes : troubles du transit avec alternance de diarrhée et de constipation, douleurs abdominales vagues, rectorragies ou mélaena. Cependant, l'altération de l'état général, avec anorexie, amaigrissement et asthénie, sera plus marquée dans le cancer.

L'examen physique n'apportera que peu d'éléments au diagnostic, contrairement à l'examen radiologique qui a une place primordiale.

L'association lipome et cancer, coliques ne semble cependant pas aussi rare qu'on l'a prétendu. En effet (CASTRO (4) sur 45 cas de lipomes coliques note que dans 15 observations il y a association à un adénocarcinome. Parmi les 45 observations colligées par CASTRO (4), 12 sont des lipomes isolés opérés, 9 sont des découvertes d'autopsie, et 24 sont associés à des lésions malignes.

Parmi ces 24 observations de lipome colique et tumeurs malignes associées, 15 comportent l'association entre lipome colique et adénome carcinome colique.

Si donc l'association entre lipome colique et cancer paraît fortuite, elle ne semble pas aussi rare qu'on le pensait jusqu'à une époque récente (cf. tableau n°7). Le diagnostic initial porté est celui de cancer, ce n'est que lors de l'intervention chirurgicale que le lipome colique est le plus souvent mis en évidence associé au cancer colique.

TABLEAU n° 7

Association entre lipome et cancer (d'après CASTRO) (4)

	Nbre de cas
Adéno-carcinome du colon	15
Adéno-carcinome de l'estomac	3
Cancer du sein	2
Cancer du col utérin	2
Cancer du maxillaire	1
Cancer de la Thyroïde	1
TOTAL	24

c - Lipomes coliques et parasitoses.

Une hypothèse émise et formulée par DEBRAY (4) est celle-ci "On peut se demander si certains de ces symptômes : douleurs, troubles du transit, hémorragies, ne sont pas dus à une autre cause (colopathie, spasmodique ou colite parasitaire par exemple)".

C'est à cause d'elles que l'examen radiologique est pratiqué, examen qui découvre un lipome latent.

Cela pourrait expliquer que les troubles du transit d'origine colitique, puissent persister intégralement après l'ablation du lipome.

Pour PAYET(34)entre autres auteurs, il existerait des rapports étroits de causalité entre la persistance des troubles colitiques de l'amibiase chronique et la présence de malformations coliques(colon diverticulaire, méga-colon etc...).

CISSE (5) dans sa thèse (1971) rapporte un cas d'ancien amibien qui, malgré la négativité des examens coprologiques successifs était étiqueté "amibien chronique" et traité comme tel, à cause des symptômes qu'il présentait. Le lavement baryté réalisé mettait alors en évidence des lipomes coliques à double localisation.

III - FORMES SELON LA LOCALISATION SUR LE COLON

a) La forme caecale :

Elle simule volontiers une appendicite aiguë : douleurs au niveau de la fosse iliaque droite, vomissements, poussées fébriles.

A l'intervention, l'appendice est sain.

Reprenons aussi dans cette forme, la grande fréquence de l'invagination.

b) Forme colique droite, :

Elle oriente le diagnostic vers une pathologie vésiculaire ; nausées, vomissements, pesanteur post-prandiale, crise douloureuse de l'hypochondre droit.

c) Forme rectale

Il existe une pesanteur rectale, des douleurs à l'évacuation une sensation de corps étranger. Le toucher rectal et l'endoscopie permet le plus souvent un diagnostic simple et rapide.

d) Lipome colique sous-séreux

La symptomatologie de cette localisation dépend du volume du lipome. Les douleurs sont fréquentes, l'invagination aussi ; l'hémorragie accompagne volontiers l'invagination. L'image radiologique est

celle d'une tumeur bénigne du colon. Le diagnostic de certitude est histologique.

e - Lipomes multiples coliques

Quelques cas de lipomes multiples, généralement doubles ont été observés dans la littérature : COMFORT 6 fois sur 14, et DEBRAY : 2 cas. Ces localisations multiples peuvent intéresser soit le même segment colique soit des segments coliques différents.

En conclusion le grand nombre des signes révélateurs et le polymorphisme anatomoclinique des lipomes coliques fait reposer son diagnostic sur l'exploration radiologique du colon et sur l'endoscopie, pour les localisations distales surtout.

Il faut en effet s'efforcer de poser le diagnostic avant l'exploration chirurgicale.

TRAITEMENT

Le traitement de ces tumeurs, qui sont "toujours bénignes" et qui ne dégénèrent jamais reste chirurgical en raison de ses symptômes gênants ou des accidents alarmants qu'elles provoquent. L'ablation doit être la plus économique possible.

La sanction chirurgicale est très utile d'une part pour assurer de façon formelle et définitive le diagnostic. En effet, si l'aspect radiologique permet souvent de soupçonner le lipome, le doute persiste parfois et l'on redoute alors d'avoir affaire à une tumeur maligne ou susceptible de dégénérer ; seule la chirurgie permettra le diagnostic exact.

Lorsque le diagnostic de lipome n'est pas soulevé la fréquence élevée du cancer en matière de tumeur colique influence là encore la décision en faveur de l'intervention. Enfin il faut se souvenir que lipome et cancer peuvent coexister.

D'autre part, seule la chirurgie peut prévenir l'invagination, complication majeure du lipome, ou encore l'obstruction, complication moins fréquente mais parfois observée, ou enfin l'hémorragie digestive basse.

Il est à peine besoin de dire qu'il est tout à fait illusoire d'attendre l'élimination de ces lipomes par les voies naturelles.

C'est donc l'intervention chirurgicale qui fait ou confirme le diagnostic de lipome colique avec plus ou moins de facilité selon qu'il existe une invagination, selon la taille de la tumeur, selon sa consistance. C'est pourquoi certains ont préconisé l'usage d'une endoscopie per-opératoire.

Qu'elle doit être la thérapeutique ?

1) L'ablation simple

Représente la méthode idéale car la plus économique, mais elle ne peut s'adresser qu'au lipome non compliqué.

Après colotomie, on procède soit à la section du pédicule, soit à l'énucléation après incision de la muqueuse en cas de lipome sessile.

En règle, l'énucléation est rendue facile par le plan de clivage naturel qui sépare le lipome du tissu sains sus et sous-jacent.

2) Résection limitée ou étendue.

Quand le diagnostic de nature de la lésion est incertain ou rendu-difficile par l'inflammation ou la nécrose tumorales, quand les parois coliques ont souffert d'une invagination (en particulier au niveau du coecum) une résection segmentaire semble alors indiquée suivie de reconstitution de la continuité par anastomose termino-terminale le plus souvent, lorsque la préparation intestinale est suffisante.

Une résection étendue du type hémicolectomie sera plus rarement indiquée dans les cas où les lésions coliques sont elles-mêmes étendues : invagination très étendue ou irréductible (en particulier, invagination iléo-colique) ou lorsque le diagnostic de cancer paraît le plus probable.

Le pronostic est dans l'ensemble excellent. La guérison sans complication est pratiquement la règle pour tous les cas.

Chez nos trois malades, la conduite thérapeutique a consisté pour Madame TON... en une résection colique segmentaire en raison de l'invagination colo-colique, courte fixée, et pour madame BRO... en une coloto-

mie transversale simple.

Les suites opératoires pour nos deux malades ont été simples, pour la 3ème observation, le pronostic était sombre du fait de l'association au lipome d'un adéno-carcinome colique.

TABLEAU N° 8

Pourcentage des différentes méthodes chirurgicales employées
dans le traitement des lipomes coliques.

	Ablation simple	Résection limitée	Résection étendue	Electro coagulation	Expulsion	Total
DEBRAY 1963 61 cas	20 33 %	24 39 %	16 26%		1 1,5%	61
STRAND 1969 3 cas	1	1	1			3
ELL-MOLKI ESSELOT 1970 2 cas	1		1			2
TRO 1971 12 cas	4	2	4	2		12
PPING VIARD 3 cas 1973		1	1			2
AL et Pourcen- tage	26 32,5	28 35%	23 28,75%	2 2,5%	1 1,25%	80

CONCLUSION

Les lipomes du colon sont parmi les tumeurs bénignes les plus fréquentes après les adénomes ; mais néanmoins, ne représentent que 0,5% à 0,1 % des tumeurs trouvées aux autopsies.

Ces tumeurs se rencontrent surtout après 50 ans, et touchent plus fréquemment les femmes que les hommes. Aucun facteur déterminant n'est à retenir, quant à la pathogénie de ces tumeurs.

La localisation des lipomes à l'étage colique intéresse avant tout le colon coeco-ascendant pour plus de la moitié des cas.

Les lipomes sont toujours des tumeurs bénignes, dont la découverte est le plus souvent faite à l'autopsie. C'est une tumeur de nature graisseuse, le plus souvent pédiculée et de siège sous-muqueux.

Par son volume, le lipome peut entraîner des troubles du transit et, moins souvent des phénomènes de compression ; parce qu'il peut s'ulcérer, il provoque des hémorragies ; et enfin, comme toute tumeur abdominale, il peut s'invaginer. C'est la complication majeure de ces tumeurs.

L'examen physique, est, quant à lui, le plus souvent pauvre.

L'étape radiologique, en particulier la technique du double contraste qui utilise l'eau, représente un temps essentiel dans la mise en évidence de la tumeur et permet d'en soupçonner la nature bénigne, mais non de l'affirmer.

Rappelons les principaux critères radiologiques : image lacunaire claire par rapport à l'eau, bien limitée, de taille souvent importante, à pédicule large, à contours réguliers ; se déformant avec les compressions, invisible en insufflation, et parfois entourée d'un liseré opaque.

En aucun cas, le diagnostic de tumeur bénigne ne peut être porté par le seul examen radiologique.

L'ablation chirurgicale est l'unique mode de traitement ; il permet dans le même temps l'ablation de la tumeur, et la confirmation de sa nature bénigne.

L'ablation devra être la plus économique possible ; colotomie simple.

Parfois, en raison de lésions inflammatoires ou nécrotiques étendues des parois coliques, une résection limitée sera effectuée.

Enfin, une résection étendue de type hémicolectomie sera nécessaire dans les cas d'invagination très étendue ou irréductible.

La sanction de leur découverte doit être chirurgicale, d'autant plus que les lipomes coliques se révèlent à l'âge du cancer et que cette association, lipome et cancer coliques, est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on le laissait entendre jusqu'à maintenant.

Enfin, il faut souligner que le pronostic d'ensemble des lipomes coliques est toujours bon, et que les suites opératoires sont simples.

BIBLIOGRAPHIE

1 - ABU-DALU J. et Al.

Lipoma of the colon, report of 3 cases.

Dis. Colon. Rectum 15 setp. Octobre 1972, 370-372.

2 - BERTOLETTI P. et Coll.

Lipomes du gros intestin. (Considération et présentation)

Minerva Chir. 31 Juillet 1969, 24, n°14, 814-821.

3 - BERTRAND P., PORTA J., MEYER P. et LEQUINP.

Lipomes du colon, à propos de 3 cas.

J. Méd. Lyon, 20 janvier 1969, 50, n° 1157, 115-117.

4 - CASTRO El. B., MAUS W., STEARNS

Lipomes du gros intestin : revue de 45 cas.

Dis. colon Rectum. Nov. Déc. 1972, 15, 441-444.

5 - CISSE A.

Lipomes du colon. Considérations générales à propos d'une observation (lipome colique double du côlon chez un africain du Gabon).

Thèse Paris 1971, n° 16, 67 pages.

6 - CORNET A., GUERRE J., et TERRIS G.

Les tumeurs bénignes du colon.

Entretiens de Bichat (médecine) 1965, 153-158.

7 - DARGENT M. FAIDUTTI B.

A propos des lipomes du colon.

Arch. Mal. Coeur, Sept. 1964, 53, n°9, 1035-1038.

- 8 - DAVY A. MARTIN P.A., et BUNEL P.
Les lipomes du colon.
Rev. Médic. Normande Juin 1968, n° 10, n° 6, 413-432.
- 9 - DEBRAY Ch., HARDOUIN J. P., PIRONNEAU A., TERRIS G. et MARTIN
Les lipomes du colon.
Arch. Mal. Appa. Dig. 1963, 52, 883-908.
- 10 - DELANNOY E., TOISON G., THOMAS J.
Lipomes sous-muqueux du colon. A propos de 4 observations.
Lyon Chir. Juillet 1960, 56, n° 4, 500-508.
- 11 - DEETHS T. M., et DODDS W. J.
Radiologie du lipome du colon.
Amer ; J. of Gastroent. Sept. 1972, 58, n° 3, 326-331.
- 12 - DISSARD P.
Formes anatomiques cliniques des tumeurs bénignes du colon et du rectum, traitement et diagnostic.
Cahiers méd. Lyon ; 20 Déc., 1966, 42, n° 30, 2415-2428.
- 12bis - FELDMAN M.
An. Appraisal of associated conditions occuring in autopsied cases of lipomas of the gastro-intestinal tract.
Ann. J. Gastroent. 1961, 26, 413-416.
- 13 - FENZY A., LOUSSET H., PLUOT M. et VIALATOU J.
Bull. Asso. Nd Lothar. Gastro entero. 6ème année, n°9, Oct. 1970.
- 14 - FONTAINE R., WARTER P., WEILL F. et WAHL R.
Les aspects radiologiques des lipomes du colon droit.
Journal Radiol. et Electrologie, Juin-juillet 1963, 44, n° 6-7, 407-412.

- 15 - GAUCHET P. LAURENT J. HERRY C. FOURRATI R., BEAUDOUIN M.
Bull. Asso. Nd. Lothar, Gastro Entéro. 6ème année, n°11,
déc. 1970.
- 16 - GERMAIN P. et coll.
Invagination colo-colique par lipome chez l'adulte.
Ann. Méd. Pharm. Reims, Sept. 1969, 6, n° 4, 317-322.
- 17 - HALLER J.D. et ROBERTS J.W.
Lipomes du colon. A propos de 20 cas.
Surgery, juin 1964, 55, n° 6, 773-781.
- 18 - HIRSCH F. et COUPATEZ P.
Tumeurs bénignes coliques.
J. Belge Radiol. 1971, 54, n° 1, 37-43.
- 19 - HURWITZ M. REDLEAF P.D., WILLIAMS H.J. EDWARDS J.E.
Lipomas of the gastro-intestinal tractus. An analysis of 72
tumors.
Amer. J. of Roentgen. 1967, 99, 84-89.
- 20 - D'JAVID
Les lipomes du gros intestin : revue de la littérature et
relation de cas.
J. Internat. Coll. Surgeons, juin 1960, 33, n° 6, 639-668.
- 21 - KAPLAN P.
Lipome sous-muqueux du colon (A propos d'un cas)
Int. Surg. Août 1971, 56, n° 2, 113-117.
- 22 - KISS D.R., NAHAS P. VASCONCELOS E.
Internat. Surg. Déc. 1968, 50, n° 6, 552-558.

- 23 - KLEPPING CL. , MICHELIS R. , BEGIN P. , LEBEL J. P. , GAUDET M.
Lipomes sous-muqueux du colon.
Presse Méd. 1967, 75, n° 24, 107-108.
- 24 - KLEPPING CL. , VIARD H. , FERRY C. , VILLAND J.
Les lipomes du tube digestif.
Revue Fr. Gastro-Ent. Mars 1973 ; n° 87.
- 25 - LAFITTE
Lipomes de l'intestin grêle.
Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1968, 14.
- 26 - LECANUET R.
Tumeurs bénignes du colon.
Actualités hépato-gastroentérol. Hôtel Dieu, 2, 228-240, 1968.
- 27 - LONG G. D. , DOCKERTY M. et WAUGH G. H.
Lipoma of the colon.
S. Clin. N. Am. 1949, 29, 1233.
- 27bis - MARGULIS A. R. , JOVANOVIH A.
Roentgen diagnosis of submucous lipomas of colon.
Amer J. Roentgenol. Rad. Therapy Nuclear Med. 1960, 84, 1114-1120.
- 28 - MELEY J. FAYARD J. P. , BOURGNE M.
Invagination colo-colique de l'adulte par lipome sous-muqueux.
Hémicolectomie.
Lyon Chir. Juil. 1966, 62, n° 4, 582-584.
- 29 - MICHAUX G.
Contribution à l'étude des lipomes du gros intestin.
Thèse Paris 1951.

30 - MORREAU J.

Contribution à l'étude des lipomes du colon.

(à propos de 2 observations personnelles)

Thèse Paris 1967, n° 639, 39 pages)

31 - PAYET M., THIERREE R. A., TOD R.

Lipomes du côlon

Sem. Hôp. Paris, 20 Juin 1972, 48, n° 29, pages 2125-2129.

32 - PEMBERTON L. B. MANAX W. G.

Obstruction complète du colon par lipome.

Surg. Janv. 1971, 69, n° 1, 139-141.

33 - PERROTIN - HUGUET

Diagnostic des tumeurs coliques.

Revue du praticien, 1963, 13, 153-166.

34 - PIRONNEAU A.

Les lipomes du colon.

Entretiens BICHAT (Chir. et Spécialités) 1964, 137-142.

35 - QUANDALE P. et GAUTHIER - BENOIT Cl.

Lipomes du colon.

Lille Chir. Mars Avril 1967, 22, n° 2, 119-122.

36 - ROGISTER G.

Volumineux lipome sous-séreux du côlon gauche.

J. Chir. Janvier 1964, 87, n° 1, 61-64.

37 - ROUX M. , VAYRE P. , et MARIE L.

Lipome sous-muqueux du colon droit. Confrontations radio-anatomo-cliniques.

Hôp. Vaugirard in Presse Méd. 18 Déc. 1965, 73, n° 54, 57-58.

38 - STEVENS G. M.

L'emploi du lavement iopaque dans la vérification du lipome du colon.

Amer. J. Roentgen., Fév. 1966, 96, n° 2, 292-297.

39 - STOLL G. , MOLKI A. et ROUSSELOT P.

Lipomes du côlon (à propos de 2 observations).

J. Méd. Strasbourg, juin, Juil 1970, 1, n° 6-7, 491-494.

40 - THAI MING EACH

Tumeurs bénignes du colon (9 cas)

Thèse Paris 1966, n°213, 58 pages.

41 - VAN DAMME J.

Angio- lipome du côlon.

Acta gastro-entérol. Belge, Déc. 1964, 27, n° 12, 750-757.

42 - VIO A.

Lipomas of the colon.

Arch. Ital. Mal. App. Digestif, 33, 577-590, May 1967.

43 - WARSAL N. F.

Submucous lipomas of the colon.

Report of five cases.

Delaware Med. J. 41, 173-177, juin 1969.

